

様式第3その1 (第7条関係)

小牧市不妊治療等受診等証明書 (一般不妊治療)

以下の者については、次のとおり不妊治療 (又はその調剤) を実施し、これに係る医療 (調剤) 費【本人負担額】を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄

受診者氏名		夫			妻		
受診者生年月日			年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始日		年 月 日					
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			人工授精 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (回)		
本人負担額の 内訳	区 分	医療機関徴収分 (保険診療)	医療機関徴収分 (保険外診療)	薬局徴収分 院外処方 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有			
	年 3 月分	円	円	円			
	年 4 月分	円	円	円			
	年 5 月分	円	円	円			
	年 6 月分	円	円	円			
	年 7 月分	円	円	円			
	年 8 月分	円	円	円			
	年 9 月分	円	円	円			
	年 10 月分	円	円	円			
	年 11 月分	円	円	円			
	年 12 月分	円	円	円			
	年 1 月分	円	円	円			
	年 2 月分	円	円	円			
(事務局記入欄) 小計		円	円	円			
領収合計 :				円			

※注 (医療機関等へのお願い)

- 1 不妊検査 (超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、クラミジア抗体検査、精液検査、その他不妊治療に必要とする検査) 及び一般不妊治療に関する費用をご記入ください。
- 2 文書料、容器代、食事療養標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 3 院外処方がある場合「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。